

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4651

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAMAL EL ARABE LAHSEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0696 397396

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



1. OCT. 2010

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

ACQUEUIL

Age :

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

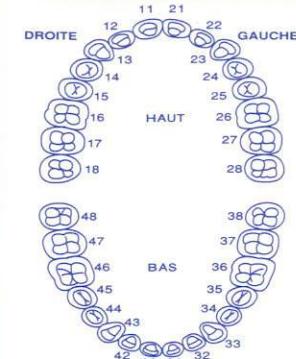
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

## Coefficient des travaux

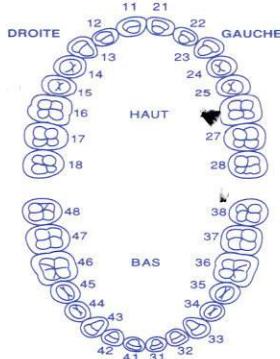
## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D		H	G	
25533412	00000000	21433552	00000000	
00000000	35533411	00000000	11433553	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin d'exécution

Votre envoi de la facture

attendue le

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° **P 17 / 0060992**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



**P 17 / 0060992**

**DATE DE DEPOT**

/201

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 4651

Nom & Prénom

Fonction

Phones 06 26 39 73 26

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age .....

Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite .....

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

## PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 02/09/19

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

B 58

102,72

مختبر بنجلادش للتحاليل الطبية  
- LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Oumayya, 10000 Casablanca  
Tél : 0600856240, 0522.39.32.84/53  
Fax : 0522.39.33.65, 0522.39.33.65  
Cachet

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

**LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES**  
109, Boulevard Omar Al Khyam (En face du CAFC)- Beauséjour 20200 CASABLANCA  
Tel: 05 22 39 32 84/53 Fax: 05 22 39 33 65 Web: [www.labobenjelloun.ma](http://www.labobenjelloun.ma)

CNSS: 644 1 662 IF: 5110 2718 PATENTE: 3482 3087

**Dr Najib BENJELLOUN**

–Médecin Biologiste–  
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

**FACTURE N°: 1909022033**

Date : 02-09-2019



**Mme NAJAT ABDDAIMI EP JAMAL EL ARAB**

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
	TP sous AVK (INR)	B40	B

**Total des B : 58**

Montant total: : 102.72 DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de : cent deux dirhams soixante-douze centimes.**

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour  
Tél : 06000.12.62.32.84/53  
Fax : 05 22 39 33 65

# مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE



**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon  
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**DR SARA HAJIB YAQINI**

Date de l'examen: 02-09-2019

**Mme ABDDAIMI EP JAMAL EL ARAB  
NAJAT**

Date de naissance: 23-05-1969

Dossier N° : 1909022033



### HEMOSTASE Automate Satellite (STAGO)

*Médicament prescrit*

*Posologie*

(Sous réserve des informations fournies)

Sintrom

1er jour 1 Comprimé

2ème jour 3/4 Comprimé

*INR cible patient*

29-03-2019

35,0

Temps de Quick Malade

**Taux de Prothrombine**

(Technique chronométrique)

**INR (Index Normalized Ratio)**

23

3,31

3

40,5 sec.  
19 %

3,96

#### INDICATIONS CLINIQUES

Préventions primaire et secondaire des thromboses veineuses, Chirurgie à haut risque thrombotique, Traitement secondaire des thromboses veineuses et des embolies pulmonaires, Prophylaxie des embolies systémiques, prothèse cardiaque tissulaire, valvulopathie, infarctus du myocarde, Fibrillation auriculaire, valve aortique

Prothèse valvulaire mécanique (haut risque)

Thrombose associée à des anti phospholipides

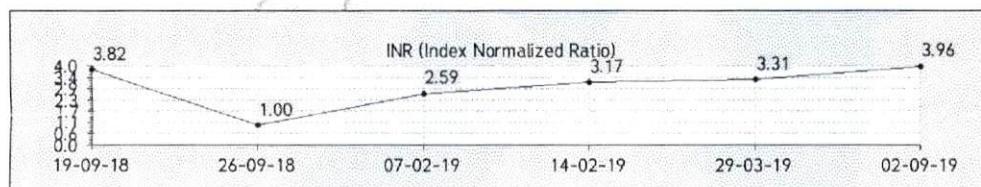
N.B. Le risque hémorragique est majoré lorsque l'INR est supérieur à 5

INR

2\_3

2,5\_3,5 (aux USA)

3\_4,5 (en Europe)



مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tel : 06000.503.40 / 0622.39.32.84/83  
Fax : 0622.39.33.66

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

109, Bd. Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CAFC) - Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65

benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)

CNSS : 6441662 IF : 51102718 PATENTE : 34823087 ICE : 001686316000007 INP : 93001360

